

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Mai 1898, à 1 heure

PAR

M. GEORGIADÈS-SASSI

Né à Vissani (Epire), le 20 avril 1870.

I N C I S I O N

DU

CUL DE SAC POSTÉRIEUR

DANS LES

SUPPURATIONS PELVIENNES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

RICHELOT et QUENU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Mai 1898, à 1 heure

PAR

M. GEORGIADÈS-SASSI

Né à Vissani (Epire), le 20 avril 1870.

INCISION

DU

CUL DE SAC POSTÉRIEUR

DANS LES

SUPPURATIONS PELVIENNES

Président : M. BERGER, professeur.*Juges* : MM. GUYON, professeur.

RICHELOT et QUÉNU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	CACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BEAUGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N
	PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Paul Berger

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Les affections multiples qui intéressent les organes génitaux et, en général, le bassin de la femme, avaient attiré depuis longtemps l'attention des chirurgiens par leur grande fréquence, leur chronicité et les troubles considérables qu'elles apportaient aux patientes.

On a eu recours à différents traitements, pour ainsi dire palliatifs. Avant la découverte de l'antisepsie, en effet, on ne songeait guère à se servir du bistouri pour les cas dont nous nous occupons. Mais ces interventions indirectes n'enrayant point le mal laissaient beaucoup à désirer. Aussi, dès que l'immortelle découverte de Lister fut connue, les chirurgiens s'enhardirent et un grand nombre de procédés opératoires furent inventés. Des opérations déjà classiques ont été décrites et exécutées. Des discussions longues et fort argumentées agitèrent les savants autant en France qu'à l'étranger et aux moyens palliatifs d'autrefois succéda la cure radicale avec ses larges incisions et l'ablation des organes malades ou soupçonnés comme tels. Peu à peu l'agitation se calma et l'on est, — au moins dans la plupart des cas, — revenu, non pas aux moyens médicaux vraiment impuissants d'autrefois, mais à un traitement chirurgical presque exempt de danger : L'incision du

cul-de-sac postérieur. Ce traitement, tout en étant radical et complet, est en même temps d'une exécution très facile et, chose importante à tous les points de vue, ne prive la femme d'aucune de ses annexes.

C'est de cette intervention bénigne que nous voulons nous occuper dans cet essai. Nous n'avons aucune prétention dans une matière, magistralement traitée autant par nos maîtres que par ceux de l'étranger. Nous voulons seulement éclaircir certains faits nouveaux et faire connaître quelques résultats éloignés à sa défense. Pour arriver à ce but, nous nous sommes crus obligés de dire quelques mots de l'historique, étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, marche, pronostic et diagnostic des affections purulentes du bassin de la femme. Nous avons insisté peut-être un peu trop sur cette matière qui ne fait pas le sujet proprement dit de notre thèse, mais nos conclusions n'étant pas absolues, nous ne pouvions pas laisser de côté l'anatomie pathologique et la symptomatologie dont nous tirons certaines indications.

Nous avons beaucoup emprunté à l'ouvrage de M. Delbet sur les suppurations pelviennes chez la femme.

Nous remercions M. le professeur Berger, notre président de thèse, c'est à son service que nous avons pu prendre la presque totalité de nos observations.

Nous tenons à témoigner ici toute notre gratitude à son distingué chef de clinique, M. Reblaud, dont le précieux concours nous a permis de mener à bonne fin la thèse qu'il nous a inspirée.

Incision du cul-de-sac postérieur

Suppurations pelviennes

Avant d'aborder le sujet même de notre thèse : l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes, nous nous croyons obligé d'expliquer en quelques mots l'histoire de ses suppurations et les discussions qui ont passionné les savants soit à propos du siège de ces phlegmasies, soit à propos de leur anatomie pathologique, soit encore à propos du mode de traitement, qu'il convient de leur appliquer, et en ceci les divergences existent encore.

D'abord ce fut leur siège juste qui excita les travaux forts intéressants de Landau et Virchow en Allemagne, de Bernutz, Goupil, MM. Bouilly, Pozzi, Delbet, Reclus, Tuffier et d'autres en France.

Nous emprunterons au cours de cet ouvrage des passages entiers à l'important travail de M. Delbet sur les suppurations pelviennes chez la femme.

Tandis qu'aujourd'hui les trois variétés d'affections distinctes, salpingites, péritonites et phlémons — selon que l'organe attaqué par l'inflammation est la muqueuse de la trompe, le péritoine, ou le tissu conjonctif sous-péritonéal — sont constituées et reconnues presque par tous

les auteurs ; les chirurgiens, dont nous avons cité les noms plus haut, ont longtemps discuté pour donner la suprématie à l'inflammation de tel ou tel de ces tissus.

Ainsi, Nonat a fait du tissu cellulaire le quartier général de toutes les maladies inflammatoires du bassin, chez la femme ; pour lui toutes les tumeurs douloureuses qu'on rencontre autour de l'utérus ont leur siège dans le tissu cellulaire : ce sont des phlémons péri-utérins.

Bernutz et Goupil au contraire substituèrent au phlémon périutérin la doctrine de la pelvi-péritonite. A cela contribua beaucoup l'observation de deux cas, dans lesquels le péritoine seul était intéressé, tandis que le tissu cellulaire était indemne. Mais Bernutz et Goupil n'ont pas nié l'existence des inflammations du tissu cellulaire ; Bernutz nia seulement l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure immédiatement le col de l'utérus. Cette forme de l'inflammation du tissu cellulaire avoisinant l'utérus existe ; elle est même plus fréquente que le phlémon du ligament large, d'après M. Delbet.

Passant du tissu cellulaire au péritoine, les auteurs ont complètement oublié, pour ainsi dire, de voir ce qui se passait dans les organes qui s'y trouvent, surtout dans la muqueuse des trompes de Fallope et des ovaires. Pourtant, les salpingites n'étaient pas inconnues, car, en laissant de côté tous les anciens auteurs qui manquent absolument de précision à ce sujet, nous voyons que déjà Mauriceau, en 1668, dans la première édition de son livre intitulé : *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui*

sont accouchées, émet quelques notions sur les suppurations du bassin et des trompes, et, en 1760, Pujos attribuait les abcès du bassin à une métastase laiteuse, mais, ni l'un, ni l'autre, ne parlent des lésions des trompes proprement dites.

Pourtant à cette même époque, Frédéric Ruysch écrit, dans son *Opera omnia*, publié à Amsterdam en 1737 : « Beaucoup de causes de la stérilité de femmes ont été trouvées parmi lesquelles il faut compter l'oblitération des trompes de Fallope » ; il avait, en effet, trouvé comme il le dit lui-même, sur plusieurs cadavres, les trompes oblitérées tantôt à l'une extrémité tantôt à l'autre et il en accuse une légère inflammation résultant d'un accouchement.

D'autres, en même temps que lui ou après lui, parlent de faits analogues. Regnier de Croraff, de Haen et Astruc, à la fin du XVIII^e siècle, ont donné de très bonnes descriptions des pièces des salpingites. Astruc formule même un traitement des hydropisies de la trompe : la ponction.

Portal, au commencement de ce siècle, donne une description complète des maladies des trompes.

Depuis lors, plusieurs anatomopathologistes et gynécologues les ont étudiées, jusqu'à Bernutz lui-même, mais loin de leur attribuer l'importance si grande qu'elles ont acquises aujourd'hui, ils les ont reléguées au second plan. D'ailleurs, ces lésions n'étaient que des trouvailles d'autopsie.

Voilà, en résumé, toute la discussion qui occupa les

auteurs à propos du siège même de l'inflammation dans les suppurations pelviennes.

A cette discussion succéda une autre non moins intéressante, celle de l'anatomie pathologique de ces lésions et à celle-là succéda à son tour celle du traitement.



Anatomie Pathologique

Les phlégmäsies péri-utérines, ainsi que nous l'avons dit à propos du siège de ces lésions, comprennent trois variétés de lésions distinctes. Ce sont les salpingo-ovarites, les pelvi-péritonites et les phlégmöns.

Nous allons donc étudier l'anatomie pathologique de ces trois variétés des phlégmäsies du bassin.

Salpingo-ovarites. — Les lésions inflammatoires de la trompe ne sauraient être décrites séparément de celles de l'ovaire. Les deux lésions se confondent en effet tellement, qu'il est impossible le plus souvent de faire exactement la part de la trompe et celle de l'ovaire. Aussi on a créé et consacré plusieurs termes pour désigner les affections des annexes ; exception faite bien entendu pour les affections néoplasiques de ces organes, entre autres dénominations, nous citons les suivantes : salpingo-ovarites, tubo-ovarites, oophoro-salpingites, annexites, etc. Par abréviations nous nous servirons souvent du terme salpingites.

En laissant de côté toutes les classifications qui ont été faites sur ce sujet, autant celle de Pozzi que les autres, nous aborderons immédiatement le sujet même de la discussion.

Ces classifications en effet ne répondent point à des affections différentes, mais plutôt à une phase de la même

affection. M. Bouilly a dit avec raison : « L'affection primitive est toujours la même et suivant la virulence de l'agent infectieux, la nature du terrain et le mode de traitement employé, elle aboutit à des lésions variables, qui ne présentent que des étapes ou des complications de la lésion primitive. »

La salpingite catarrhale aigüe est le premier degré de l'inflammation des trompes. La trompe est rouge ; elle augmente de volume, elle a la forme d'un cylindre qui peut atteindre le calibre du petit doigt. Les phranges du pavillon sont agglutinées, mais à peine on remarque une légère hyperthrophie de ses éléments embryonnaires.

A un degré plus avancé la trompe présente les lésions de la salpingite aigüe purulente ; le pavillon se ferme complètement, mais fait important, l'orifice utérin restant encore perméable, le pus, au lieu de se collecter, s'écoule dans l'utérus d'où le nom qu'on a donné à cette phase, de salpingite profluente.

Un point nécessaire à connaître à propos de l'anatomie pathologiques des trompes et qui n'est pas sans avoir son importance en ce qui concerne le traitement, c'est la position des trompes.

Nous empruntons ce passage à M. Delbet.

La trompe normale décrit une telle courbe que la région ampullaire est en rapport avec le feuillet postérieur du ligament large et suspendue au-dessous de la fossette retro-ovarienne ou cul-de-sac de Douglas.

Envahie par l'inflammation, alourdi pour un épanche-

ment plus ou moins considérable elle tend à tomber dans le cul-de-sac précité, derrière l'utérus et c'est là qu'on la trouve le plus souvent. Mais cette position n'est pas toujours la même et voilà pourquoi. La trompe est mobile, l'inflammation survenant, peut par des adhérences rapides l'immobiliser en un point quelconque du voisinage.

Un autre cas peut aussi se présenter, la trompe elle, elle est saine, mais un organe voisin étant enflammé peut contracter avec elle des adhérences qui lui font prendre une telle ou telle position dans l'intérieur du bassin.

Cette variabilité de position des trompes a, ainsi que nous l'avons dit, une importance capitale, soit au point de vue du diagnostic des lésions du bassin, soit encore au point de vue du traitement. C'est pour cela que nous avons cru nécessaire de résumer en quelques mots le travail relatif de M. Delbet.

Pelvi-Péritonites. — L'inflammation du tissu péritonéal pelvien est aujourd'hui non seulement incontestable, mais encore admise comme très fréquente, démontrée par les innombrables cas d'adhérences autour de l'utérus et des annexes.

Si l'on laisse de côté les accidents de typhlite et péri-typhlite, on peut dire, selon M. Delbet, que les inflammations du péritoine pelvien sont toujours consécutives à des lésions des organes génitaux internes. Il est peu de salpingite ou d'abcès de l'ovaire qui n'entraîne pas des altérations plus ou moins graves du péritoine. Bernutz et Goupil ont même donné la première place à la pelvi-péritonite ainsi que

nous l'avons déjà dit à propos du siège des inflammations pelviennes. Quelque temps après on a contesté la pelvi-péritonite en tant qu'entité morbide et Pozzi ne la décrit point dans son traité. Il en fait une complication de salpingo-évarites suppurées et lui donne le nom d'abcès pelvien ou périméthro-salpingite.

M. Delbet lui consacre au contraire une longue description et M. Reclus s'est efforcé de la réhabiliter en tant que maladie essentielle. Il a présenté deux cas de pelvi-péritonite à l'Académie de médecine qui sont indiscutables.

Somme toute, si nous consultons bien les différents auteurs, nous voyons qu'elle existe. Mais elle est rarement isolée, exception faite de l'état puerpéral. Primitive, elle a, en effet, presque toujours une origine puerpérale.

M. Delbet propose d'adopter le nom de péri-salpingite péri-ovarite et péri-mérite pour désigner les inflammations sourdes ou subaiguës qui se font par continuité des tissus qui entraînent la formation d'adhérences et souvent la production des petites collections séreuses enkystées ; mais qui ne suppurent guère et qui restent au second plan par rapport à la maladie primitive. Tandis qu'on réserverait le nom de pelvi-péritonite pour les formes graves, caractérisées par un épanchement rapide dans lesquelles la lésion péritonéale, à la fois plus étendue et plus intense prend le pas sur l'affection qui l'a causée et réclame un traitement spécial.

Il faut distinguer aussi deux cas de pelvi-péritonite proprement dite : celui où l'infection envahit le péritoine

sain et alors l'épanchement occupe presque toujours la cavité de Douglas et revêt une forme typique. C'est dans ce cas que la lésion est surtout justiciable de l'incision du cul de sac postérieur ; et celui où l'épanchement occupe des sièges variables, la cavité de Douglas étant plus ou moins cloisonnée.

Dans les péritonites expérimentales ce qu'on observe d'abord c'est le dépoli de la séreuse qui perd son brillant par altération épithéliale ; les vaisseaux se dilatent ensuite ; le péritoine s'épaissit, devient rougeâtre ; les fausses membranes et l'épanchement apparaissent.

L'épanchement intra-péritonéal se forme très vite : quelquefois dans 3 ou 4 heures, mais à ce moment là, il ne peut pas être senti par le toucher, car il n'est pas enkysté et la sensation que l'on a ne diffère en rien de celle que l'on ressent avant sa formation, et qui est due à la souplesse et mobilité des anses intestinales. Ce n'est que quelques jours après que les fausses membranes naissent et limitent la collection. Cette collection se forme généralement en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas ; elle s'y enkyste, elle subit la transformation purulente, sauf dans le cas où l'épanchement reste séreux. Des adhérences se forment entre les anses intestinales baignées par la sérosité ou le pus, et l'épigloon, le sommet de l'utérus, les ligaments larges, le rectum et les parois pelviennes.

Parfois le pus s'étend vers le cul de sac antérieur et

des adhérences s'établissant du pubis au sacrum ; l'utérus flotte en quelque sorte au milieu du pus.

Mais pourquoi cet épanchement se forme-t-il, presque constamment, dans la cavité de Douglas ?

La raison de la déclivité du bassin a certainement sa valeur, mais est-elle suffisante ? existe-t-il une disposition particulière permettant aux liquides sécrétés de gagner ce point déclive ?

Il me paraît que M. Delbet a donné la raison juste : La partie du péritoine, qui est la première malade, est bien en arrière de l'utérus ; son infection se fait presque toujours par les trompes, dont le pavillon est en arrière des ligaments larges, au dessus presque du cul-de-sac de Douglas. Quand les trompes sont saines, c'est alors l'utérus lui-même qui contracte toujours en arrière des adhérences avec le rectum en raison de la disposition des lymphatiques.

Une fois l'épanchement constitué des adhérences le circonscrivent, sa pression augmente déforme le cul-de-sac postérieur et se révèle par des signes facilement appréciables. Cette poche dépasse rarement la hauteur de l'utérus, mais il y a des cas incontestables où elle remontait fort loin, jusqu'à l'ombilic, au-dessous de l'épiploon qui lui faisait voûte.

L'épanchement primitif est séreux, jaunâtre, plus ou moins coloré en rouge par le sang, mais toujours transparent. Il peut rester tel, mais le plus souvent il subit la transformation purulente.

Le pus une fois formé, peut être resorbé, lorsque sa quantité n'est pas considérable, mais en clinique il ne faut jamais y compter.

Il tend à se faire jour au dehors par les divers organes voisins qu'il ulcère. C'est par l'intestin et surtout par le rectum qu'il se vide. Mais tous les abcès n'ont pas de tendances à s'ouvrir ; il en est qui au contraire, s'encapsulent par des néomembranes tapissant la poche, dont les parois deviennent par fois très dures et chose importante pour le traitement que nous préconisons, rigides pour ainsi dire scléreuses. A cela contribue beaucoup l'inflammation et l'induration du tissu cellulaire sous-péritonéal qui a l'exploration peut donner la sensation d'une tumeur solide.

Dans ce cas l'incision postérieure est insuffisante, car la poche, si elle est unique, se viderait, mais ces parois rigides et résistantes ne reviendraient pas sur elles-mêmes et une cavité, parfois énorme, se trouverait constituée qui peut empêcher la guérison de survenir.

Mais ces faits sont rares, ce qui fait sur tout le danger de la pelvi-péritonite, ce sont les adhérences qu'elle provoque, celles-ci sont non seulement la source des douleurs persistantes, mais la suppuration tarie, elles rendent les malades presque toujours stériles.

Quand l'inflammation a gagné le tissu sous-péritonéal, les dégâts sont si importants que l'incision est insuffisante, ainsi que dans les cas des collections multiples, formées par des poches secondaires indépendantes de la

première d'où les micro-organismes ont pris leur point de départ.

Phlégmons. — Après avoir étudié les salpingo-ovarites et les pelvi-péritonites, nous allons maintenant dire quelques mots à propos de l'anatomie pathologique des suppurations du tissu cellulaire du bassin. Disons immédiatement qu'il se trouve dans deux régions distinctes d'où les deux formes des phlégmons; celui des ligaments larges et celui de la gaine de l'hypogastrique.

Phlégmons des ligaments larges. — C'est l'inflammation du tissu conjonctif qui se trouve sur le passage des vaisseaux qui irriguent les organes du bassin. Ces vaisseaux sont l'artère utéro-ovarienne et les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire. Les rapports de ces phlégmons nous intéressent à cause de leur traitement; nous en dirons deux mots. En dedans, les phlégmons des ligaments larges sont en rapport avec le bord de l'utérus qu'ils refoulent plus ou moins du côté opposé, ils peuvent même soulever le péritoine sur les faces antérieures et postérieures de cet organe, mais au voisinage seulement des bords. Ils ont la tendance à s'étendre du côté de la fosse iliaque, où ils forment des tumeurs plus ou moins volumineuses et arrondies tout à fait indépendantes de la paroi abdominale.

Une fois dans la fosse iliaque, ils peuvent évoluer dans deux directions différentes :

1° Les uns remontent sous le péritoine, vers la région lombaire, quelquefois jusqu'au diaphragme.

2° Les autres descendent vers la paroi abdominale, soulevant le péritoine au niveau du ligament de Fallope, et viennent se mettre en rapport avec la paroi abdominale.

Les phlégmons du ligament large proprement dit ne se rapprochent pas beaucoup du cul-de-sac vaginal, la cloison qui les séparent est d'une épaisseur de deux centimètres environ, elle contient des vaisseaux abondants assez volumineux et quelquefois l'uretère.

C'est à cause du voisinage immédiat de ces vaisseaux à la paroi du kyste, que le grattage de ces abcès est, sinon périlleux, tout au moins imprudent.

Au commencement de l'inflammation, il n'y a qu'un œdème, une infiltration séreuse, peu à peu, les mailles du tissu cellulaire se distendent et se remplissent d'un liquide séreux, épais et citrin, le processus pathologique continuant sa marche, ce liquide se transforme par petits foyers en pus ; la nature de ce pus a une importance énorme au point de vue du traitement. On conçoit en effet facilement que l'incision convient davantage à un pus d'une odeur fade, d'une coloration blanchâtre, qu'à une collection de mauvaise nature fétide et verdâtre.

Phlégmons de la gaine de l'hypogastrique. — C'est l'inflammation du tissu cellulaire qui accompagne l'artère iliaque interne et les lymphatiques du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Nous n'avons pas grand chose à dire à propos de ces phlegmons, sauf qu'ils sont assez fréquents. Le processus pathologique est ici le même que celui des phlégmons du ligament large ; ils n'en diffèrent que par leur siège.

Un fait important à signaler et qui est commun à toutes les collections qu'il s'agissent d'une salpingite ou d'un phlégmon est que leur paroi supérieure constituée par la séreuse viscérale est peu épaissie, très faible en résistance une injection un peu forte peut la traverser et passer dans grande cavité péritonéale chose très grave à tous les points de vue.



Etiologie

On peut dire que la salpingo-ovarite reconnaît pour cause presque unique l'endométrite ; la propagation infectieuse se faisant par voie muqueuse de l'utérus aux trompes, et, d'après L. Championnière, par voie lymphatique. La blennorrhagie, l'infection puerpérale, l'auto-infection chez les vierges, les malformations et les tumeurs peuvent la provoquer.

Quand aux phlegmons du ligament large et de la pelvi-péritonite, ils sont dûs à peu d'exception près, uniquement à l'infection puerpérale, l'infection se faisant par voie lymphatique ou par voie veineuse.



Symptomatologie

Nous allons examiner très brièvement les différents symptômes qui nous révèlent les suppurations pelviennes et qui nous guideront à l'application du traitement .

Pour faire cet examen nous serons obligés de reprendre la division de notre sujet en trois affections distinctes que nous avons adoptées dès le commencement de notre ouvrage, c'est-à-dire : Salpingo-ovarites, pelvi-péritonites et phlémons.

Notons immédiatement l'extrême fréquence de ces collections péri-utérines, purulentes ou séreuses; en même temps que leur extrême lactence, si l'on peut dire ainsi.

Plusieurs malades conservent autour de leur utérus, quelques cuillerées ou un verre de pus sans réaction fébrile pendant des années entières.

Salpingo-ovarites. — Les femmes qui se présentent à nous d'ordinaire, souffrent depuis plus ou moins longtemps dans le bas-ventre et il nous est assez difficile de préciser le moment où les annexes ont été envahies par l'inflammation, car les différences individuelles sont à ce point de vue très grandes. Cependant, nous sommes obligés pour la clarté de l'ouvrage d'assigner aux accidents un mode aigu et un mode insidieux.

Dans le premier cas la malade entre à l'hôpital ou vient consulter pour des douleurs abdominales plus ou

moins vives, survenues à la suite d'un refroidissement, de fatigues exagérées. Le début des accidents est le plus souvent brusque et coïncide généralement avec une époque menstruelle; où elle est prise d'accidents graves du côté du péritoine d'emblée et ces accidents surviennent à la suite d'une couche normale, d'un avortement ou d'une blennorrhagie aiguë, causes les plus fréquentes des salpingites. L'inflammation semble envahir tous les tissus du bassin à la fois et ne se localise que plus tard, quand la période aiguë passée on découvre à l'exploration manuelle les lésions tubo-ovariennes constituées.

Dans le second cas les lésions sont les mêmes, mais tout se passe en silence; les différents symptômes qui constitueront plus tard le cortège de la salpingite se montrent successivement, d'abord peu apparents quelquefois pourtant assez sérieux, mais toujours séparés; ainsi d'abord se présente la douleur; tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, puis les troubles de la menstruation et ainsi de suite. Mais cette séparation des cas aigus et des cas insidieux est tout-à-fait artificielle; entre ces deux modes il y a de nombreux intermédiaires.

Le premier symptôme, le plus intense, celui qui domine la scène est la *douleur* siégeante au niveau des annexes; les deux d'ordinaire, mais surtout la gauche. Elle atteint parfois un degré d'acuité extrême, elle ne revêt aucun caractère constant, si non qu'elle s'accroît par les fatigues, en général, et qu'elle s'atténue par le repos et la position couchée. La marche est des plus pénibles, la malade s'a-

vance, ployée en deux et gémissant. Elle rend les rapports sexuels parfois intolérables. Elle s'accroît, tantôt quelques jours avant la menstruation pour diminuer d'acuité dès que l'écoulement sanguin apparaît, tantôt pendant le flux mensuel et rarement après. Elle a des irradiations très pénibles vers les cuisses, les lombes et la région sacrée.

La menstruation est presque toujours troublée. Et si l'aménorrhée est rare, en revanche les pertes de sang sont considérables et fréquentes. Les règles reviennent tous les quinze ou vingt jours, durent jusqu'à huit jours, affaiblissant beaucoup les malades. La métrite concomitante provoque un écoulement plus ou moins purulent, selon sa gravité, dans l'intervalle des métrorrhagies ; cet écoulement leucorrhéique s'accompagne parfois de douleurs comparées par les malades à des coliques, et par comparaison aux coliques hépatiques ; ce phénomène a reçu de Waltembach le nom de coliques salpingiennes.

On a prétendu, attendu que ces coliques ont leur point de départ et leur maximum de violence au niveau des annexes, on a prétendu, dis-je, que ces coliques coïncident toujours avec l'évacuation d'un kyste tubaire. Certes, des observations incontestables prouvent que cela peut arriver ; mais la plupart des auteurs, comme MM. Segond, Pozzi, Terriillon et Bouilly, admettent que la résistance de l'orifice interne de la trompe, oblitéré par l'inflammation, est assez considérable pour ne pas permettre à l'hydrosalpinx de se vider dans la cavité utérine, et que d'un autre côté

l'utérus lui-même peut être et il est le point de départ de l'écoulement, parfois les parois des trompes étant absolument saines.

Les troubles digestifs compliquent presque toujours les phlégmases des annexes, et à un tel point qu'ils peuvent en imposer pour une lésion du système digestif. Les phénomènes qu'on observe le plus fréquemment, sont : la gastralgie, la dyspepsie flatulente, la dilatation de l'estomac, le ballonnement de l'épigastre et de l'intestin, la douleur à la pression épigastrique, les éructations gazeuses, la constipation opiniâtre, etc.

On conçoit facilement que tous ces phénomènes influent d'une façon notable sur l'état général.

La malade, à peine remise de sa première atteinte et qui se croit guérie, les douleurs ayant disparu pour faire place à un peu de gêne, de pesanteur dans le ventre, ne tarde pas à voir se dérouler le même cortège de symptômes : ces récidives se montrent plus spécialement au moment des époques, sous l'influence d'un refroidissement, d'une fatigue quelconque.

Terrillon a signalé un point douloureux dans la région iliaque droite, il serait dû à une adhérence de l'appendice iléo-cœcal aux annexes.

L'inspection du ventre ne donne pas de renseignements importants. Nous avons déjà parlé de la douleur réveillée par la palpation au niveau des annexes, nous signalons le plastron abdominal, dénomination donnée à l'impression des masses fibreuses accolées que donnent

les anses intestinales et épiploïques adhérees entre elles. Ce signe n'est point pathognomonique.

Le toucher vaginal donne également des renseignements incomplets, mais combiné à la palpation abdominale le toucher vaginal peut donner des renseignements très justes et d'une valeur indiscutable pour la précision du diagnostic. Il doit être pratiqué autant que possible avec les deux doigts, l'index et le médus, et pendant que l'une des mains explore les culs-de-sac vaginaux, l'autre déprime doucement et lentement la paroi abdominale. Le toucher nous fait sentir des tumeurs d'une consistance peu fluctuante et presque solide.

On trouve les tumeurs presque toujours en arrière ; on apprécie très aisément leur volume et leurs limites par le toucher rectal.

Quand elles sont latérales, elles proéminent à l'hypogastre sur les bords de l'utérus.

Gallard a décrit une douleur spéciale, exquise, qu'on réveille quand on presse la tumeur saisie entre l'une et l'autre main. Mais chez les femmes nerveuses et grosses, les résultats ne sont pas précis; alors on peut avoir recours au chloroforme qui nous permet, à cause de la résolution musculaire, de recueillir des sensations très instructives.

La salpingite catarrhale donne la sensation de petits cordons durs, sinueux, effilés à leur extrémité utérine, renflés à l'autre extrémité. Les rapports des trompes sont changés. enlourdies par l'inflammation, elles tombent dans le cul-de-sac de Douglas en arrière de l'utérus.

Les salpingites kystiques donnent la sensation de tumeurs ovoïdes, bosselées, dures, par place, fluctuantes en certains points.

Toutes ces tumeurs sont nettement séparées de l'utérus, à la corne duquel elles sont réunies par un pédicule.

L'utérus, lui-même, est refoulé du côté opposé si la tumeur est uni-latérale, si elle est bi-latérale, le plus fréquemment il est rejeté en avant vers le pubis.

Chez les vierges, on doit pratiquer toujours le toucher rectal qui, dans certaines formes de salpingo-ovarite, donne de précieux renseignements.

Pelvi-péritonite. — La pelvi-péritonite secondaire aiguë n'est, pour ainsi dire, qu'une complication des salpingo-ovarites. Elle est, par conséquent, toujours précédée par les symptômes de cette dernière affection. Pozzi l'appelle périméto-salpingite séreuse. Elle disparaît au bout de quelques jours par le repos au lit ou par les antiphlogistiques, mais elle laisse presque toujours les annexes plus ou moins immobilisées. Elle est caractérisée, à son début, par une douleur vive de l'hypogastre, des frissons, une élévation de la température qui peut atteindre 30°, des nausées et des vomissements, en un mot tous les signes d'une péritonite ordinaire aiguë ; mais, chose assez importante, les sécrétions utéro-vaginales sont augmentées.

Pozzi nous décrit très bien l'« utérus enclavé dans le petit bassin et comme emprisonné dans une coulée de matière plastique. »

La fluctuation est alors difficile à constater, mais par-

fois la sérosité infiltre les parois du vagin, semble les dédoubler et les endurer et former ainsi ce qu'on a appelé sous le nom de **vagin de carton**.

Mais la sérosité se transforme en pus et celui-ci s'enkyste; à ce moment, tous les phénomènes locaux s'aggravent, mais les phénomènes généraux en revanche subissent une détente marquée. L'abcès pelvien est ainsi constitué. comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, cet abcès tend à se faire jour au dehors; quand c'est par le rectum, on a tous les phénomènes de la rectite glaireuse, c'est-à-dire recrudescence fébrile, ténesme rectal, et dysurie avec une douleur très aiguë, quand c'est par le vagin il n'y a que l'écoulement qui la décèle; son évacuation dans la cavité péritonéale est de plus grave, mais aussi de plus rare, les fausses membranes l'empêchant de se faire.

Cette évacuation du pus peut se renouveler plusieurs fois, car l'abcès se vide mal, il se forme ainsi de fistules intarissables qui peuvent amener la mort par hecticité. *Phlegmons du ligament large*. Gosselin, dans sa remarquable étude sur le phlegmon péri-utérin non puerpéral, trace magistralement la curieuse marche de ces épanchements péri-utérins, montre les alternatives de diminution et d'augmentation de la tumeur, ses redoublements inflammatoires, et insiste sur ceci, que le tissu péri-utérin a la propriété inexplicable de devenir le siège d'une inflammation longue et difficile à guérir tout en ayant peu de tendance à suppurer. Sur les 24 cas qu'il a observés à Lourcine, 3 seulement se sont terminés par suppuration.

Marche. — Durée. — Terminaisons.

Nous n'insisterons pas sur ce chapitre, car le but essentiel de notre travail n'est pas à faire une étude des suppurations pelviennes, mais bien d'étudier l'incision vaginale, aussi nous serons très brefs à propos de la marche, de la durée, des terminaisons multiples et du diagnostic et pronostic de ces affections.

Toutes les inflammations pelviennes ont généralement une marche chronique, les cas aigus ne manquent évidemment pas, mais ils sont rares, et les cas aigus ou subaigus ne sont pour la plupart que des poussées inflammatoires reveillées d'une affection depuis longtemps installée.

La salpingite catarrhale quand elle n'est pas terminée par une solution complète évolue pendant des années sous une forme scléreuse au milieu d'exacerbations et des rémissions rebelles, des douleurs et des troubles nerveux caractéristiques.

Le pyosalpinx, après une période à grand fracas, peut évoluer insidieusement avec des troubles menstruels et de la douleur seulement, jusqu'au jour où une périméto-salpingite et une collection pelvienne se sont constituées. Sa rupture intra-péritonéale est toujours mortelle, mais la poche peut s'ouvrir à n'importe quel organe du voisinage et une ou plusieurs fistules se constituent. L'hématosal-

pinx a une marche très rapide, il aboutit soit à une hémorrhagie mortelle, soit à une hématocele rétro-utérine.

Le phlégmon du ligament large peut se résorber, c'est même un fait fréquent d'après Brown, mais sa terminaison ordinaire est la suppuration. Une fois formé le pus tend à s'ouvrir au vagin, au rectum et rarement à la paroi abdominale et plus rarement encore dans l'utérus et l'urèthre. Après l'évacuation du pus une détente se produit, mais la collection se reproduit et comme dans le cas de pyosalpinx il se forme des fistules.

La pelvi-péritonite après son début brusque et l'élévation maxima de la température ou passe à l'état chronique, ou l'épanchement se résorbe, ou il s'évacue par un organe voisin, l'issue fatale se fait parfois surtout dans la forme puerpérale.



Pronostic et Diagnostic

Le pronostic de toutes ces affections est en général sombre. car, si elles n'entraînent pas une mort fatale, elles exposent, par contre, les malades à un grand nombre d'accidents et des complications graves, nécessitant une intervention chirurgicale non exempte de danger ; elles entraînent, en outre, presque fatalement la stérilité quand elles sont bilatérales (dans le cas des salpingites surtout), des troubles et des douleurs intolérables.

Diagnostic. — Nous avons assez insisté sur la symptomatologie pour ne pas avoir besoin de nous étendre à propos du diagnostic. Celui-ci doit être fait sous chloroforme et après avoir vidé le rectum dans tous les cas douteux. On trouvera ce diagnostic exposé avec beaucoup de soin et d'exactitude, par Bernutz et Schröder sous le nom de tumeurs péritonitiques ou exsudats péri ou paramétriques.

1° On aura à diagnostiquer une salpingo-ovarite d'un fibrome, puisque tumeur et métrorrhagie leur sont communs, mais l'histoire clinique de la maladie : antécédents puerpéraux, blennorrhagie, douleurs vives, poussées de pelvi-péritonites, troubles menstruels ménorrhagiques, parlera en faveur de la salpingite ; le cathétérisme complètera le diagnostic.

2° D'un kyste ovarien au début, on le reconnaît à son siège spécial et à sa fluctuation.

3° D'un corps de l'utérus rétrofléchi (hystérométrie).

4° D'une simple névralgie ovarienne, et ici le diagnostic est très difficile malgré les signes étudiés par Charcot : anesthésie du même côté et attaques hystéro-épileptiformes. Signes hystériques.

5° D'une grossesse extra-utérine.

La pelvi-péritonite devra être distinguée du phlegmon même du ligament large. L'existence d'une tumeur révélée par le toucher combiné en fera le diagnostic. Le phlegmon doit-être distingué d'une hématocele rétro-utérine (absence de fièvre, tendance à la syncope, consistance plus molle) et d'un corps de l'utérus rétrofléchi qu'on révélera facilement par l'hystéromètre.



Historique de l'incision du cul-de-sac postérieur

L'élytrotomie postérieure est une des plus récentes conquêtes de la chirurgie et de mieux acquises, ceci pourrait s'appliquer aussi sur toutes les opérations pratiquées sur les organes avoisinant le péritoine ou en étant revêtus. Le traitement des suppurations pelviennes de la femme a devancé les connaissances anatomo-pathologiques et on peut dire qu'en fait de suppurations pelviennes nous avons plus de moyens d'actions que de connaissances précises, ainsi que le dit si bien M, Delbet. De cette inégalité de la progression de la science et de l'art résulte un manque d'indications thérapeutiques ; c'est-à-dire, qu'ignorant la nature et l'étendue des lésions, nous ne savons pas quand nous devons nous servir de moyens énergiques dont nous disposons.

C'est pour cette raison justement que le traitement des suppurations pelviennes a été formulé si différemment pour les différents auteurs.

On a essayé d'abord toute la série des moyens médicaux qui comprennent le repos au lit, la cessation de tout rapport sexuel, les révulsifs de la paroi abdominale, les injections vaginales chaudes de 40°-50°, l'application des sangsues sur le col de l'utérus comme sédatifs et les médicaments proprement dits, comme le bromure de potas-

sium, la morphine et le chloral pour combattre les douleurs.

Mais tous ces moyens médicaux rationnels sont rarement suffisants pour enrayer complètement la marche du mal ; aussi, les chirurgiens ont toujours pensé à une intervention plus directe et plus efficace, d'autant plus qu'en dehors des cas, où la maladie avance lentement, comme un processus inflammatoire chronique, il y en a où, au contraire, elle prend l'allure foudroyante de péritonites généralisées.

Cette intervention plus directe qui consiste à ouvrir le foyer même de l'inflammation, à laver, drainer, désinfecter et souvent même à enlever les annexes malades, fut pratiquée sous trois formes différentes qui sont :

- 1° La laparotomie ;
- 2° L'hystérectomie vaginale ;
- 3° L'incision du cul-de-sac postérieur.

Avant de passer à l'histoire de ces trois opérations chirurgicales, disons un mot de la valeur des moyens médicaux que nous avons précédemment énumérés.

Moyens médicaux

Les gynécologistes d'autrefois privés de la connaissance de l'antisepsie accordèrent à ces moyens médicaux une puissance énorme et en firent un vrai mode de traitement des inflammations utérines et péri-utérines.

Leur valeur avait été beaucoup exagérée ; néanmoins, il ne faudrait pas la nier complètement, ce sont souvent des adjuvants très précieux.

C'est surtout les révulsifs sur le point douloureux, le repos et les injections vaginales chaudes, qui ont une action indiscutable sur les inflammations pelviennes en décongestionnant les organes et entraînant les sécrétions utéro-vaginales.

La thérapeutique utérine proprement dite bien dirigée a une très grande influence sur ces affections.

Doleris a très justement tracé cette thérapeutique utérine par l'antisepsie vaginale, le curetage, la dilatation large et le drainage de l'utérus, qui sont des armes vraiment puissantes, surtout contre les affections du petit bassin. Et il n'est pas douteux que le nombre de grandes opérations dont nous allons parler dans un moment, diminuerait d'une façon évidente, si ces préceptes étaient bien appliqués au commencement de toutes ces affections.

Aujourd'hui nos connaissances anatomo-pathologiques nous démontrent, ainsi que le Professeur Le Dentu l'a décrit (*Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1892, n° 25, p. 225), que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de l'utérus.

On comprend facilement que dans ces conditions, les salpingites catarrhales ou purulentes et en général les phlegmasies tubo-ovariennes peuvent s'améliorer et même

guérir complètement au début, par le traitement des lésions utérines concomitantes.

Le curetage prudemment fait et sans abaissement de l'utérus agit par une propagation de guérison ; la salpingite rétrocede parce que le foyer primitif de l'inflammation, la métrite, a disparu.

Mais ni le curetage, ni la dilatation ne sauraient agir dans les lésions suppurées et étendues des annexes, car l'anatomie pathologique nous apprend que dans l'immense majorité de ces cas, le segment interne de la trompe est oblitéré.

En ces dernières années, Apostoli (Bul. de Thérap., 30 sept. 1888 et Union médicale 1889) a indiqué et préconisé comme traitement curatif des salpingites, l'électricité. Il a même insisté sur la valeur de cet élément dans le diagnostic des lésions des annexes. Mais, en outre que ce traitement n'a été essayé que par un nombre restreint de gynécologues, ses résultats sont encore problématiques et sa manipulation assez compliquée,

Le massage (Seiffart. Die massagen der gynëk. Stuttgart 1888), préconisé en même temps que l'électricité a été essayé surtout à l'étranger, où il paraît avoir donné des résultats assez favorables. Nous avons vu nous-même, pendant notre stage à la clinique de M. Tédénat de Montpellier, deux cas de salpingites traitées avec succès par le massage. L'une des malades sortit guérie de l'hôpital et ne donna plus de ses nouvelles, l'autre revint six mois après sa première sortie, avec les symptômes d'une salpingite

suppurée. Mais il faut dire que cette dernière mène une vie peu régulière.

Voilà en quelques mots ce qui concerne le traitement des inflammations péri-utérines par les moyens médicaux.

Interventions Chirurgicales.

Dès que l'antisepsie fut connue, les chirurgiens ne se contentèrent plus des anciens procédés et essayèrent d'enrayer le mal d'un trait. C'est alors que l'extirpation des annexes par la laparotomie fut à l'ordre du jour.

Cette ablation des annexes malades a été pendant longtemps combattue et il y a encore des gynécologues très autorisés qui la critiquent très amèrement. Des abus ont été, en effet, commis, et des femmes, n'étant nullement justifiables de cette opération, se virent privées d'une partie de leurs organes génitaux. Mais ces faits-là étaient en somme rares, il est faut reconnaître que ces interventions graves de laparotomie et d'hystérectomie, scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, sont de grandes conquêtes chirurgicales.

Elles ont rendu et rendent encore un service énorme aux patientes et constituent un des éléments les plus importants de la thérapeutique des suppurations pelviennes.

Laparotomie abdominale.

Hégar paraît être le premier chirurgien qui ait fait la laparotomie abdominale pour l'ablation des trompes en 1878 (Centralbl. für Gynäk. 1878 n° 2) mais celui qui l'a vulgarisée et dont elle porte le nom, c'est le chirurgien anglais Lawson Tait. (Brit. méd. journ. 11 mai 1877). Après lui elle a été très souvent pratiquée et un peu partout.

Hystérectomie vaginale.

Elle a été imaginée par Péan (Bul. de l'acad. de méd. 1890 et 10^e Congrès international de Berlin 1870) qui a fait tous ses efforts, ainsi que M. Paul Segond pour démontrer sa supériorité sur les autres interventions chirurgicales. Nous n'entrons dans aucun détail de cette intervention

Incision du cul-de-sac postérieur.

L'incision du cul-de-sac postérieur encore appelée culiotomie vaginale ou laparotomie vaginale est une opéra-

tion qui consiste à ouvrir la cavité abdominale par le vagin et plus particulièrement par le cul-de-sac vaginal postérieur.

Elle fut vivement attaquée d'abord, défendue ensuite par plusieurs auteurs surtout le professeur Laroyenne. Landau en Allemagne a fait son apologie.

On pourrait croire que c'est une opération moderne, il n'en est rien et on s'accorde aujourd'hui à reconnaître, que c'est le chirurgien Atlee, qui opéra le premier par cette voie, il ouvrit en 1857 le cul-de-sac de Douglas pour une collection purulente du bassin et pratiqua en même temps l'ablation d'un kyste dermoïde.

Robert Batley vint ensuite et enleva, en 1867, par le cul-de-sac postérieur un kyste ovarien, et créa l'« Ovariotomie normale. »

Mais avant ces deux opérateurs, Calisen, en 1775, Velpeau en 1831, et Recamier quelques temps après, pratiquèrent la ponction simple pour des collections fluctuantes nettement perceptibles par le toucher vaginal. Bourdon nous rapporte, dans le *Rennes-Médical*, en 1841, que Recamier et lui avaient obtenu des résultats satisfaisants.

Pour éviter la confusion, il faut faire la distinction entre les deux formes sous lesquelles a été mise en pratique l'intervention vaginale.

1° La plus simple, sinon la plus ancienne est la ponction aspiratrice ou non. Il est vrai que cette opération tout-à-fait facile, présente de nombreux défauts parmi lesquels le suivant :

Ainsi que Macquart-Moulin le résume dans sa thèse, la ponction employée comme méthode curative si elle n'est pas absolument aseptique peut entraîner la suppuration d'une collection non suppurée, et s'il y a déjà du pus les nouveaux germes introduits dans le foyer rendront aux liquides purulents toutes leurs propriétés septiques, en un mot augmenteront leur virulence.

2° La seconde est l'ouverture franche de la collection soit avec des instruments particuliers tels que M. le Professeur Laroyenne a mis en pratique, suivie ou non de débridements ; soit l'ouverture directe par le bistouri.

Il existe une autre forme encore, mais elle est plus radicale et elle peut être assimilée à cause de cela à l'hystérectomie vaginale de Péan, c'est l'ovariotomie vaginale de Picqué.

Après Récamier, Chassaignac fut partisan de l'intervention vaginale, mais au lieu d'ouvrir l'abcès fluctuant par le bistouri comme le faisait Recamier, il ponctuait la tumeur à l'aide d'un trocard et maintenait l'ouverture béante à l'aide d'un drain.

Spencer Wells et Courty admettaient la nécessité d'une intervention précoce par le débridement vaginal.

De Sinety, Siredey et Danlos préférèrent attendre et Schröder lui est absolument hostile, ainsi que Hegar qui ne l'admet qu'en présence des accidents graves.

Ennucet et Brickell en 1887 ouvrent la collection dès que la présence du pus est constatée et que la fluctuation est manifeste,

Gaillard Thomas et Byford préconisèrent cette opération comme mode de traitement des suppurations pelviennes (Société gynék. de Chicago 1880), mais pas dans les formes chroniques.

M. le professeur Laroyenne, de Lyon, vient de montrer avec des faits cliniques à l'appui que l'intervention vaginale pouvait dans nombre de cas donner d'excellents résultats et qu'il était pour le moins imprudent, de rendre d'emblée justiciable d'une laparotomie toute femme atteinte de suppuration pelvienne (Lyon médic. 1883-1886).

Il écrivit à propos de perimetrites chroniques compliquées d'épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique :

« Leur caractère commun consiste dans une tuméfaction située dans le cul de sac de Douglas, s'étendant plus ou moins haut vers les régions supérieures et latérales. Leur fluctuation obscure, ou mieux leur mollesse, est difficile à percevoir, à cause de leur siège et de l'épanouissement plus ou moins considérable du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal dans les points où la tuméfaction est perceptible au toucher (vagin, rectum) » ; et plus loin : « Les malades vivent impotentes avec leurs souffrances réputées incurables ; ces dernières étant mises sur le compte d'une péritonite adhésive et des déviations utérines en sont les conséquences. Il est nécessaire que l'intervention soit facile ; si on commet une erreur de diagnostic, elle ne doit comporter d'autres

« mécompte que celui d'une ponction inutile, dans des lésions indurées sans cavité centrale. »

M. le professeur Laroyenne ne s'est pas borné seulement à pratiquer la ponction de Recamiér ou l'incision de Gaillard Thomas, il s'est servi d'un instrument particulier, avec lequel il ponctionnait pour ainsi dire la tumeur fluctuante formée par la suppuration peri-utérine. Cette méthode d'opérer qui procède à l'aveugle et qui a réussi aux mains du maître, a donné beaucoup de mécomptes à ses disciples, moins habiles que lui et a suscité de vives discussions entre les différents auteurs et gynécologistes. On a en effet remarqué que le trocart de Laroyenne blessait souvent les urètres, les anses intestinales, le rectum, l'utérus et enfin les artères utérines. Il s'ensuivait de fortes hémorrhagies immédiates difficiles à arrêter.

Après Larayenne un certain nombre d'opérateurs ont, avec succès, essayé l'incision postérieure en France, nous citons parmi les autres Péan lui-même, le promoteur de l'hystérectomie vaginale (*Gaz. des Hôpitaux*, 27 juin 1891), Berger, Bouilly, qui vint affirmer devant la Société de Chirurgie, que l'incision du vagin pouvait aboutir à une guérison durable dans les abcès péri-utérins, sans qu'on ait besoin de recourir à la laparotomie ; Terillon, Picqué et le Dentu.

En 1892 ce dernier, dans une revue publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, examinant les indications et les contre-indications des opérations qui ont porté sur l'utérus

et les annexes dit, à propos de l'incision des collections pelviennes, à peu près ceci :

La ponction et l'incision paraissent indiquées au moment où la détente fébrile et douloureuse va se produire ; lorsque la collection purulente est déjà formée. Elles sont compatibles avec un état fébrile, même accentué. Tandis que les grandes interventions chirurgicales : la laparotomie et l'hystérectomie conviennent peu aux formes aiguës des inflammations du bassin et l'on ne doit les admettre que quand on soupçonne la rupture intra-péritonéale d'une poche pleine de pus. Dans certaines circonstances déterminées, la ponction et l'incision doivent être la méthode de choix. Et M. le professeur le Dentu dit clairement et insiste sur ce point, que l'une et l'autre peuvent et doivent être des méthodes curatives.

D'un autre côté, Fritsch et Landau soutinrent vivement l'incision vaginale.

Tout dernièrement, Rodriguez, l'élève de M. Tuffier, a exposé, dans sa thèse de doctorat, le manuel opératoire de son maître qui la conseille et la considère comme l'opération de l'avenir.

Néanmoins, le débridement vaginal a été vivement combattu par plusieurs auteurs, qui l'ont traité d'opération incomplète et ayant des résultats peu favorables.

MM. Pozzi, Segond, Doléris le critiquent fortement et M. Delbet, dans son très intéressant travail des suppurations pelviennes chez la femme, considère cette méthode comme absolument aveugle.

M. Doyen la traite d'opération surranée.

M. le Dr Vincent se sert du bistouri à l'aide duquel il pratique l'incision en un lieu d'élection ; il ajouta à cette manœuvre déjà connue un mode de drainage ingénieux. Ce sont deux tubes en caoutchouc ajustés en canon de fusil et portant à l'une de leurs extrémités deux oreilles, qui se redressent une fois en place et permettent aux drains de se maintenir dans la plaie sans aucune suture. Cela permet d'irriguer largement le foyer purulent et d'obtenir un résultat prompt et sûr.

M. le Docteur de la Bounardière a recueilli les observations de plusieurs femmes opérées par M. Vincent, il en a publié les résultats satisfaisants dans les An. de gynéc. et obst. (Paris 1896, t. XIV, pages 45-126).



Manuel Opératoire

Nous allons décrire l'opération telle qu'elle est pratiquée par notre excellent maître M. le Professeur Berger et son chef de clinique M. Reblaud.

Une fois le diagnostic fait et l'indication de l'intervention bien examinée et posée, on purgera la malade l'avant-veille, comme pour toutes les opérations; la veille on administrera un grand lavement, l'on répètera le lavement le matin même de l'opération et l'on aura soin de le faire rendre avant de porter la malade sur la table d'opération. On lui fera également prendre, dès la veille, un grand bain.

Comme d'ordinaire on pratique l'opération assez hâtivement on se contente d'un grand lavement pour vider la partie inférieure du tube digestif. On savonnera le vagin et la région vulvaire préalablement rasée. Puis on pratiquera une injection au sublimé intravaginale et abondante. Si on a la malade à sa disposition un ou deux jours avant on pratiquera ce lavage la veille et par une mèche de gaz iodoformée et une compresse d'ouate hydrophile on tiendra le vagin aussi aseptique que possible.

Les instruments nécessaires sont :

- 1° Deux grandes valves de Sim ou de Péan.
- 2° Des pinces hémostatiques.

3° Deux grandes pinces Museux pour maintenir le col.

4° Un bistouri allongé.

5° Deux drains de grand diamètre en canon de fusil.

6° Un appareil à injection. Le tout bien stérilisé.

On anesthésie la malade, on la place dans la position de la taille. On confie les jambes et les valves chacune à un aide.

Le bassin doit être assez relevé pour que la région à opérer se présente à la vue de l'opérateur. La malade étant sondée, l'opérateur abaisse et maintient le col utérin avec une pince Museux. On peut se servir du thermocautère comme Bouilly, ou du trocart ou élytrotome de Laroyenne MM. Berger et Relblaud se servent du bistouri.

Le thermocautère qui semble au premier abord préférable, il prévient les hémorrhagies, amène la formation des eschares qui quand elles se détachent produisent des hémorrhagies secondaires plus graves que les primitives.

La situation de l'incision est toujours la même mais sa profondeur et son étendue dependent surtout de la hauteur de la collection purulente qu'on veut mettre à jour.

Il faut toujours se méfier, même dans le cas de collection latérale ou antérieure des organes qui avoisinent la région à aborder.

En avant le canal vaginal il n'est guère séparé de la vessie que par leur paroi réciproque, et latéralement les urétères lui sont presque accolés.

Nous n'insisterons pas sur les rapports exacts du canal vaginal avec les organes voisins, dont la présence doit être

bien connue par le chirurgien. La vessie et les uretères sont en rapports avec le cul-de-sac antérieur ; le cul-de-sac postérieur, lui, normalement, est en rapport avec le rectum, mais dans le cas qui nous occupe, le rectum est pour ainsi dire éloigné, comprimé vers la paroi postérieure du petit bassin et la collection vient occuper l'espace resté libre entre le rectum et le vagin : le cul-de-sac de Douglas, ce n'est que dans la partie tout à fait inférieure que le rectum et la paroi vaginale viennent en contact et forment une véritable cloison. La profondeur du cul-de-sac est estimée entre 4 et 6 centimètres. Une étude anatomique longuement exposée dans la thèse de M. Blanc, de Lyon, et portant sur les rapports de l'utérus et du vagin, montre que le champ opératoire sûr, où l'on ne craint pas de rencontrer ni urètre, ni artères, ni autres organes s'étend d'avant en arrière dans une large zone latéro-postérieure sur la ligne médiane.

Par contre, la région sus-jacente à la partie latérale du cul-de-sac antérieur, et à la partie antérieure du cul-de-sac latéral constitue la zone dangereuse.

Les valves étant placées, à l'aide d'une pince de Museux l'opérateur saisit la lèvre postérieure du col et par une traction lente et modérée abaisse l'utérus. Dès qu'il sent une résistance il s'arrête, et confie la pince à un aide et à l'aide d'un bistouri il fait sur la paroi postérieure du vagin une incision transversale de 4-6 centimètres ; de cette incision le milieu doit se trouver dans le voisinage de l'insertion utérine sur la ligne médiane.

Il incise d'abord la muqueuse, puis la paroi musculaire et enfin la paroi de l'abcès, à l'aide d'une petite éponge ou d'une pince il pratique l'hémostase s'il y a lieu. Si la tumeur fait saillie on peut la ponctionner d'abord et agrandir l'incision après, mais il est préférable d'inciser couche par couche jusqu'à la tumeur elle-même. C'est le cas le plus simple, ou encore il incise directement l'abcès qui fait saillie.

Par l'ouverture ainsi faite s'écoule du pus ou du sang modifié selon la nature de la collection, l'écoulement se fait plus facilement quand l'incision est transversale. Quand elle est antéro-postérieure la contraction des fibres musculaires de la paroi vaginale a tendance à la fermer constamment, cet inconvénient devient bien plus accentué les jours suivants l'opération.

L'écoulement fini on procède au lavage de la poche au moyen d'une injection d'une solution de sublimé à 1/5000.

Si la poche est très petite une mèche de gaze iodoformée peut-être suffisante, mais il est plus prudent d'assurer l'écoulement du pus par un drainage fait par deux tubes en caoutchouc rouges accolé en canon du fusil. On le fixe en place soit par le moyen ingénieux du Dr Vincent, soit encore par un fil passé d'un côté dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col et de l'autre à travers le drain. On bourre le vagin avec de la gaze iodoformée et au fur et à mesure on enlève les valves. On place un pansement au-devant du vagin assuré par un bandage en L.

Le lendemain et les jours suivants, après avoir sondé l'opérée, on renouvelle son pansement jusqu'au jour où l'eau du lavage sort pure. On enlève alors les drains si la poche est rétractée, si non on en place de plus petit calibre.

Nous allons rappeler ici l'enseignement de M. Tuffier dans ses leçons cliniques de l'hôpital Beaujon.

I. — Dans le cas où la tumeur n'est pas adhérente au vagin, mais elle y bombe, l'opération à faire est la même que la précédente, mais il faut la faire en deux temps.

On incise d'abord la paroi vaginale et puis par un aide on fait saillir la poche qu'on incise à son tour. On lave et l'on draine.

II. — Dans le cas d'une collection haut située, le travail est plus long et plus pénible. On abaisse la tumeur en appuyant fortement sur la paroi abdominale. On ne doit inciser la poche que quand elle se présente à nu entre les lèvres de l'incision, c'est-à-dire après décortication.

III. — Quand la collection est latérale, l'incision vaginale doit être encore postérieure.

Par l'ouverture vaginale ainsi faite on pourrait exécuter différentes autres opérations en vue d'enlever soit un organe quelconque du petit bassin (Opération de Picqué) soit encore une tumeur, comme le kyste dermoïde, les myomes, les fibryomes, comme M. Fuster l'a bien décrit dans sa thèse de Montpellier, 1897.

Indications et contre-indications.

Le débridement vaginal fut proposé surtout pour les suppurations pelviennes et les hématoécèles dites retro-utérines.

Nous éliminons d'emblée ces dernières dont nous ne voulons nous occuper ici ; ainsi que toutes les opérations auquel il servait pour ainsi dire comme première étape et qui sont surtout pratiquées en Allemagne (ablation de différentes tumeurs). Il ne nous reste que les suppuration pelviennes. Même réduit à ces termes le problème n'est point résolu ; il convient en effet d'établir quels sont les cas de suppurations pelviennes curables par l'incision vaginale ?

Disons d'abord qu'en principe toute suppuration pelvienne qui n'est pas justiciable ou qui ne s'améliore pas par le traitement médical que nous avons décrit plus haut appelle une intervention chirurgicale active.

Ceci dit, il importe d'examiner particulièrement quelle est la conduite que nous devons tenir en présence d'une suppuration pelvienne primitive ou secondaire, aiguë ou chronique ne s'améliorant pas par les moyens médicaux.

Deux grandes écoles sont actuellement en présence, au sujet de l'intervention qu'il convient d'appliquer à ces collections.

L'une préfère l'intervention par la voie abdominale. L'autre par la voie vaginale, mais toutes les deux ont re-

cours à des opérations graves. En opérant par la voie abdominale on a l'avantage énorme de bien distinguer l'organe malade de l'organe sain, d'enlever l'un et respecter l'autre. Par la voie vaginale les organes sont enlevés dans les cas d'hystérectomie, opération de Picqué, mais le drainage est très facile.

Entre ces deux écoles une troisième surgit respectant les organes même malades, mais susceptible d'une guérison sûre et durable et conservant l'avantage de la facilité du drainage par la déclivité de l'ouverture c'est l'école qui préconisa l'incision du cul-de-sac postérieur.

Or toutes les fois que la poche purulente ne sera pas hors du bassin ; toutes les fois qu'elle sera peu cloisonnée, qu'une ou tout au plus deux incisions suffisent à l'ouvrir l'incision vaginale étant suffisante pour obtenir une guérison complète et durable est absolument indiquée et elle s'impose. Au contraire toutes les fois que la cavité purulente est tellement cloisonnée qu'elle forme pour ainsi dire une véritable éponge, l'élytro-tomie est insuffisante, l'hystérectomie vaginale seule peut-être utilement pratiquée. Elle déblaiera le terrain, elle transformera et portera sur le foyer même de la suppuration.

Dans les cas douteux le débridement vaginal ne compromet en rien l'intervention ultérieure de l'hystérectomie.

Toutes les fois qu'il s'agit d'une collection peri-utérine bombant dans le cul-de-sac postérieur nettement adhérente au vagin et incurable par les moyens médicaux l'incision vaginale et le drainage sont formellement indiqués. Même

dans les cas où le travail inflammatoire prolongé a modifié les parois de la poche, les a rendues adhérentes et scléreuses, même dans ces cas l'incision peut être utilement pratiquée, exception faite toute fois d'une poche énorme qui mettra un temps considérable à bourgeonner.

Les travaux de M. Laroyeune et la thèse de son élève Blanc en sont la confirmation.

Toutes les fois que la collection est haut situé, mais elle est accessible par le toucher vaginal elle sera encore utilement ouverte par le vagin.

Toutes les fois qu'il y aura des poches à ouvrir, l'ouverture de l'une et puis de l'autre donnera les mêmes résultats.

Toutes les fois, que la collection sera très haute et inaccessible pour le toucher vaginal, l'incision étant insuffisantes, elle est justiciable de la laparotoie abdominale.

Toutes les fois que la collection est considérable et qu'elle entoure l'utérus, qui flotte pour ainsi dire au milieu du pus, l'incision est encore utile, mais la multiplicité de poches imposera souvent l'hysterectomie vaginale, le drainage étant autrement, absolument insuffisant.

D'ailleurs, le sort des organes péri-utérins, ovaires et trompes peut-être tel qu'on n'a plus aucun avantage à les garder, le pus et les fausses membranes au milieu desquelles ces organes plongent envahissent progressivement par la suppuration jusqu'à leur substance propre.

Toutes les fois qu'il s'agit d'une salpingo-ovarite ou

d'une pelvi-péritonite d'origine puerpérale, l'état général grave, les douleurs, l'impotence complète de la malade ne permettent pas au médecin de temporiser. L'incision s'impose, car la laparotomie ou l'hystérectomie est dans ces cas-là d'une gravité toute particulière.

Dans le cas d'une salpingite aiguë non puerpérale ou d'une pelvi-peritonite, l'état général du sujet indiquerait au chirurgien s'il doit attendre ou intervenir. Le même traitement est indiqué dans le cas de phlégmon des ligaments larges.



OBSERVATIONS

Observation 1

Hermance C. . . domestique, habitant Paris, 39, rue Saint-Georges, entra le 13 juin à la salle Lisfranc. On fit le diagnostic d'une hygropyo-salpingite. On l'opéra le 15 juin. Elle sortit de l'hôpital le 16 juillet 1896.

Deux ans après son opération la malade se porte bien, elle travaille, elle ne présente aucune tumeur, les rapports sexuels ne lui sont pas douloureux. Elle présente des pertes blanches mais on peut attribuer cela à l'anémie car elle est anémique; l'utérus est mobile; elle est régulièrement réglée. La malade à son entrée avait une température de 38°5, qui tomba les jours qui suivirent l'opération.

Observation 2

C. . . Lucie, modiste, habitant Paris, 75, rue Saint-Lazare, entra à l'hôpital le 15 octobre et fut opérée le 17 pour une collec-

tion du cul-de-sac de Douglas. La malade se plaignait de douleurs vives, surtout du côté gauche de l'hypogastre. Elle présente une température de 38°. Elle raconte qu'elle souffre depuis deux ans à peu près, époque à laquelle elle a eu une fausse couche. Au toucher on trouve une tumeur proéminente dans le cul-de-sac postérieur, nettement fluctuante, qui à l'incision donna lieu à un écoulement de pus peu considérable. Elle sortit le 17 novembre 1896. Revue au mois d'avril 1898 elle se porte bien, ne présente aucun signe de collection purulente ou même de souffrance. Elle n'a plus été réglée depuis son opération, son utérus est mobile, son état général est excellent.

Observation 3

L... Célestine, âgée de 22 ans, sans profession, habitant Paris, 56, rue Mouffetard est entrée à l'hôpital le 3 août 1896 et fut opérée pour un pyosalpinx le 16 août, elle quitta la salle le 28 septembre 1896. Revue fin mars 1898, elle déclare être en bonne santé, elle est très bien réglée, ne présente aucune douleur, si non pendant les rapports sexuels qui lui sont un peu pénibles, elle fut enceinte et sa grossesse n'a pas abouti, elle n'a pas de pertes blanches. La malade présentait une tumeur et des douleurs dans le bas-ventre depuis plusieurs mois. Elle avait des pertes abondantes et était très gênée. Au toucher on trouvait une tumeur de la grosseur d'une orange à droite de l'utérus. Son état actuel est excellent.

Observation 4

C... Berthe, cuisinière, âgée de 24 ans, (Paris 24, rue des Fossés Saint-Bernard), fut admise à l'hôpital le 18 juillet et fut opérée pour un pyosalpinx le 29 août. Revue 18 mois après son opération ne présente aucun signe de collection ou de salpingite, elle travaille, elle est bien réglée, ni perte blanche, ni grossesse. La malade souffrait beaucoup du bas-ventre, mais elle n'avait pas de température. Les douleurs reparaissaient à chaque 2 ou 3 mois surtout pendant les époques. L'incision mit à jour une petite quantité de pus bien lié, d'une odeur fade. L'état de la malade qui était des plus mauvais est actuellement excellent.

Observation 5

Jeanne An..., culotière, âgée de 22 ans. Elle entra à l'hôpital le 26 septembre 1896. La malade n'a pas d'autres antécédents qu'une vaginite blénorrhagique qui est d'ailleurs le point de départ de son affection actuelle. Elle a actuellement des pertes abondantes. Elle souffre beaucoup du bas-ventre. Au toucher on trouve une tumeur faisant bosse dans le cul-de-sac vaginal postérieur ; une douleur très accentuée à la pression et de pertes blanches abondantes, et fut opérée le 6 octobre pour une salpingite. L'incision donna lieu à une évacuation considérable de pus. Elle quitta la salle un mois après. Revue au mois de mars 1898, ne présente plus aucun signe de salpingite, ni douleur, ni tumeur. Elle est bien réglée.

Observation 6

F... Théodoline, domestique, âgée de 28 ans, entra à l'hôpital le 10 avril, fut opérée le 13 pour une salpingite. Elle quitta la salle le 13 juin. Revue un an après, ne présente aucun signe de sa salpingite, ne souffre pas du ventre, n'a presque pas de pertes. Elle est actuellement enceinte de 5 mois. Nous ne donnons que le résumé de cette observation, la symptomatologie étant la même que celle de l'observation précédente.

Observation 7

B... Annette, couturière, âgée de 27 ans, entrée à l'hôpital le 29 août et opérée le 7 octobre 1896 pour une salpingite quitta la salle Lisfranc le 18 nov. en bon état. Revue le 22 mars 1898 ne souffre point, ne présente ni collection ni fistule, menses et rapports sexuels normaux. Quelques pertes blanches. La malade vaque aisément à ses occupations. A son entrée la malade présentait tout le cortège d'une salpingite subaiguë assez grave. L'incision donna lieu à l'évacuation d'un verre de pus.

Observation 8

R... Joséphine, cuisinière, âgée de 22 ans (Paris, 43, Jussieu) fut opérée le 13 octobre, 17 jours après son entrée à

l'hôpital. Elle en sortit le 20 novembre. Actuellement elle est absolument guérie de sa salpingite. Sa menstruation est normale ; ne présente ni pertes, ni douleurs. Son utérus est mobile. La pression est indolore. L'état général satisfaisant.

Observation 9

Madame R. . Marie, cuisinière, âgé de 30 ans et habitant Paris, est entrée à l'hôpital en proie d'un état fébrile très accentué et des douleurs très vives du côté gauche. Elle a déjà été traitée pour une blénorrhagie il y a un an. Par le toucher on découvre à gauche, profondément située contre l'utérus, une tumeur de la grosseur d'un point, assez dure, très douloureuse. M, Reblaud l'opère deux jours après son entrée, l'incision donna lieu à l'écoulement d'un liquide ichoreux, on lave et on tamponne. La convalescence fut longue, la malade quitta l'hôpital deux mois après. Elle sortit le 24 mars bien portante. Revue treize mois après, elle ne présente aucun signe de salpingite, affection pour laquelle elle avait été opérée. Elle est bien réglée. Les rapports sexuels lui sont normaux. Elle ne présente ni pertes blanches, ni troubles digestifs, ni collection purulente.

Observation 10

P... Prudence, veuve Marie, sans profession, âgée de 30 ans, habitant Paris, entre à l'hôpital le 15 janvier 1895. On lui dia-

agnostique une salpingite. Elle est opérée le 30 janvier par M. Reblaud.

Sortie de l'hôpital le 26 juillet, elle a été revue dix mois après en bonne santé, n'accusant ni tumeur, ni douleur, ni aucun trouble. Elle est irrégulièrement réglée, mais vu sa grande anémie, l'absence temporaire de ses menstrues est compréhensible.

Observation 11

C... Julie, domestique, âgée de 18 ans, habitant Paris, fut admise à la salle Lisfranc le 3 août 1896 et fut opérée le 16 du même mois pour une salpingite suppurée. Elle quitta l'hôpital le 30 septembre dans un état considérablement amélioré. Suivie pendant une année après sa sortie, elle n'a pas été incommodée du côté des annexes. Morte de tuberculose.

Observation 12

G... Louise, couturière, âgée de 29 ans, entra à la salle Lisfranc le 17 novembre, fut opérée pour une collection considérable du petit bassin le 18 novembre (diagnostic paramétrite). Elle quitta l'hôpital complètement guérie le 7 décembre.

Revue le 20 avril 1898, elle déclare se porter complètement bien, ne souffrir de son bassin ni pendant le travail, ni au moment de la menstruation.

Observation 13

C... Jeanne, âgée de 34 ans, entra le 27 mars au service de M. le professeur Berger et fut opérée le 29 mars 1897, pour une collection purulente du pelvis. La malade souffre depuis longtemps, mais il y a quelques jours ses douleurs s'accroissent en même temps qu'un léger mouvement fébrile commença à se marquer. Au toucher on a la sensation d'une grosse masse dure enclavant l'utérus, la fluctuance est imperceptible. M. Reblaud lui pratique une large incision, d'où s'écoula un pus bien lié. Les jours qui suivirent son opération, son état s'améliora. Un mois après la malade quittait l'hôpital en bonne santé. La malade revue 13 mois après ne présente plus de collection paramétritique, mais ses menstrues sont abondantes, sa métrite persiste toujours quoique bien atténuée.

Observation 14

Rosalie L..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 31 août et se fait opérer le 1^{er} septembre pour un phlégon du ligament large, qui présentait ce caractère de variabilité que Gosselin a si bien décrit. Elle sortit le 29 octobre et mourut par les suites d'un accouchement prématuré. (Ceci nous a été raconté par le mari de la malade, par conséquent nous le publions sous toutes réserves).

Observation 15

B... Marie, couturière, âgée de 39 ans fut admise à la salle Lisfranc le 26 août et opérée le 26 septembre pour une salpingite. Le débridement vaginal donna lieu à l'écoulement d'un liquide purulent d'une centaine de grammes. La malade sortit de l'hôpital en bon état. Revue 18 mois après se trouve dans un état tout-à-fait satisfaisant.

Observation 16

M... Céline, canneuse de chaises, âgée de 27 ans entrée au service de M. le professeur Berger le 27 octobre et opérée le jour même de son entrée par M. Réblaud, pour une paramérite. Elle laisse l'hôpital le 14 novembre. Elle n'a jamais été en bonne santé. Elle a toujours souffert de son bas ventre. Elle a des pertes blanches abondantes. Les rapports sexuels sont très douloureux, elle présente une fistule vaginale. La malade est en traitement à l'hôpital. Elle avait une poche multiloculaire qui se vidait mal, et s'iriguait mal.

Observation 17

S... Mathilde, journalière, âgée, 25 ans, entrée à l'hôpital, 29 septembre, opérée le 1^{er} octobre pour une paramérite. Elle

quitta la salle Lisfranc, le 1^{er} décembre 1896, le débridement vaginal donne lieu à un écoulement de pus de bonne nature. Revue deux ans après, elle ne présente ni pertes abondantes, ni douleurs pendant la menstruation et les rapports sexuels. Elle vaque à ses occupations et se déclare complètement guérie. Son utérus n'est pas mobile.

Observation 18

Marie S..., âgée de 44 ans, verrière entrée à l'hôpital le 6 novembre, fut opérée le lendemain pour une salpingite suppurée, l'opération donna lieu à un écoulement de pus considérable. La malade se trouvait dans un état très grave, sa température indiquait 41°, elle fut morte le jour même à l'hôpital de la Pitié. Sa mort est due à une péritonite généralisée qui se déclara avant son entrée à l'hôpital.

Observation 19

Madelcine S..., âgée de 22 ans, sans profession (rue Mira-beau 12 Ivry) entrée à l'hôpital le 10 juillet, opérée le 11 du même mois pour un phlégon du ligament large d'origine puerpérale, quitta l'hôpital le 3 août en bonne santé. Revue 18 mois après, elle ne présente aucun signe de collection purulente du petit bassin ; elle n'a pas de pertes abondantes, ni de pertes blanches, ni des douleurs pendant la menstruation ou les rapports sexuels. Au toucher on ne trouve aucune tumeur, l'utérus est mobile, pas de douleur à la pression.

Observation 20

Marie L..., âgée de 40 ans entrée à l'hôpital le 20 août, présente des signes manifestes de bacillose. Elle a eu le mal de Pot à l'âge de 17 ans, elle en conserve la malformation. Elle a accouché, il y a 3 mois, à la clinique de M. Pinard, où elle a eu plusieurs attaques d'éclampsie. Elle avait l'albuminurie. Le jour de son entrée avait une température de 39°,5. Au toucher on trouvait au cul-de-sac latéral et postérieur une tumeur de la grosseur d'une orange. L'incision donna lieu à l'évacuation d'une grande quantité de pus. Elle fut opérée le 20 septembre pour un phlegmon du ligament large d'origine puerpérale; elle sortit 2 mois après avec des signes d'un état profondément aggravé, mais sans collection. Quelque temps après sa collection s'est reformée et disparut d'elle même actuellement la malade ne souffre plus de son petit bassin mais l'albuminurie et la tuberculose mal soignées la tiennent au lit.

Observation 21

Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Noulis (Inédite).

M^{me} X..., âgée de 25 ans va le consulter au mois de juin 1893, elle présente une collection purulente étendue du petit bassin. Elle souffre beaucoup de tout le bas ventre, perd en blanc et ses menstrues sont abondantes et très douloureuses.

Par le toucher on rencontre dans le cul-de-sac antérieur et latérale gauche une énorme tumeur faisant saillie. Cette tumeur remonte presque jusqu'à l'ombilic, le lendemain le Dr Noulis fait l'incision vaginale postérieure. Il s'écoule une grande quantité de pus, il draine et il lave, un mois après la malade complètement rétablie commence à vaquer à ses occupation. Revue après 3 ans elle se porte très bien. Elle fut enceinte et accouchée d'un enfant bien portant.

Observation 22

Ch. Laurence, sans profession, habitant Paris.

Elle est âgée de 40 ans et entre à l'hôpital en proie des douleurs atroces et d'une fièvre marquée. A la palpation on trouve une tumeur au côté gauche de l'hypogastre, à ce niveau la palpation est très douloureuse. Par le toucher combiné à la palpation on arrive à limiter la tumeur.

On incise le cul-de-sac vaginal postérieur. Un pus facile et bien lié s'en écoule. On lave au sublimé et l'on draine.

Le jour suivant une amélioration se produit. Elle continue les jours suivants et 6 semaines après la malade quitte l'hôpital en très bon état.

Revue deux ans après sa sortie la malade se porte bien, elle n'a ni douleurs, ni tumeurs. Elle est bien réglée.

Observation 23

Gar. Jeanne, concierge, habitant Autcuil âgée de 24 ans, entre à l'hôpital avec tous les signes d'une pelvi-péritonite aiguë : douleurs, fièvre, vomissements et tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur. On le met au repos, et on lui administre des injections chaudes de 40° pendant plusieurs jours, son état ne s'améliorant pas considérablement on lui pratique l'incision vaginale. Il s'en écoule une sérosité purulente. L'état de la malade s'améliore les jours suivants, mais la collection se reforme. On incise encore une fois 20 jours après la première opération. La malade quitte la salle Lisfranc au mois d'octobre dernier. Actuellement elle se porte très bien et ne présente aucun signe de sa pelvi-péritonite.



Statistique

Nous avons cru utile d'ajouter au présent essai une statistique de cas publiés de collections purulentes du petit bassin, traitées soit par l'incision vaginale postérieure, soit par la ponction pratiquée selon les principes de M. Laroëyenne.

Notre statistique est incomplète, mais il y a tellement de cas publiés et dans des éditions si éparses qu'il est difficile de les rassembler.

Nous commençons par la statistique de M. Delbet :

1° Pelvi-péritonite, 6 cas, 6 guérisons ;

2° Phlégmons du ligament large, 24 cas. On a obtenu 16 guérisons ; 1 état stationnaire ; 4 morts ; 2 récidives traitées ultérieurement.

3° Collection purulente, (diagnostic incertain) ; 24 cas, 24 guérisons.

En comparant ces résultats avec ceux obtenus par la laparotomie abdominale, M. Delbet qui n'est d'ailleurs pas partisan de l'incision vaginale trouve que sur cinquante-quatre cas de débridement vaginal, il y a quatre morts, soit une mortalité de 7,4 0/0, sur 33 cas de laparotomie, le même auteur signale 4 morts soit une mortalité de 12,13 0/0.

M. Goullioud dans sa communication au Congrès

français de chirurgie de 1889, publie que sur 70 ponctions faites à la Clinique de la Charité de Lyon, le liquide ponctionné était :

42 fois, pus ou sérosité purulente ;

17 fois, sérosité pure ;

6 fois, sang.

5 fois, la ponction n'a rien donné.

De ces 70 cas, on a obtenu 68 fois la guérison complète et définitive : il y a eu 2 morts, l'une par suite d'une péritonite consécutive à la rupture de la poche purulente, l'autre par suite d'une péritonite généralisée et l'état désespérant de la malade pendant l'opération.

Il publie en outre 4 cas, dans lesquels, il a obtenu, 3 fois la guérison, une fois, la collection a récidivé et a obligé l'opérateur d'enlever les annexes.

M. Blanc de Lyon, dans sa thèse fort documentée et savante, publie 28 observations détaillées, recueillies dans le service de M. Laroyenne.

Il divise ses observations en deux séries : la première comprend les épanchements séreux ou séro-hématiques, la seconde, les collections purulentes,

Les neuf ponctions faites pour les épanchements de la première série ont donné cinq guérisons définitives; trois légères rechutes et un état presque gênant, mais sans collection.

Les dix-neuf autres interventions pratiquées pour les collections purulentes ont donné quinze guérisons définitives plus ou moins tardives, trois améliorations notables

avec gêne abdominale persistante et une mort par péritonite généralisée.

Dans ce cas, la mort a devancé toute intervention : elle ne saurait donc en aucune façon être imputable à l'incision,

En résumé, M. Blanc ne signale aucune mortalité,

M. Rodriguez publie dans sa thèse les 8 observations ayant trait à des collections purulentes du petit bassin.

21 malades suivies pendant deux ou trois années présentent une guérison définitive.

Les malades n'ont pas été suivies, mais elles ont quitté l'hôpital en bon état.

Chez une malade une fistule succéda à l'incision.

Une autre est restée dans un état stationnaire et une autre est morte après l'opération.

M. Rosemblat ajoutant aux observations déjà publiées celles qui lui sont personnelles, publie dans sa thèse la statistique suivante :

321 Cas de suppurations pelviennes ont donné :

310 guérisons définitives ;

5 morts ;

1 état stationnaire ;

6 interventions ultérieures.

Ce qui fait une mortalité de 1,5 % et 1,5 % d'interventions ultérieures.

Il eût été intéressant de savoir ce qui a nécessité ces interventions ultérieures, si c'était des fistules ou bien la réapparition de la collection.

Parmi ces 321 cas de suppuration pelvienne, il y a eu vingt grossesses ultérieures.

M. Rosemblat publie lui-même 16 observations personnelles de collections purulentes.

Il a obtenu 13 fois une guérison définitive, une fois la mort est survenue, une fois l'affection a récidivé et on pratiqua l'ablation des annexes et un état stationnaire.

M. La Bonnardière publie dans les Annales de Gynécologie et Obstétrique un exposé d'observations recueillies dans le service de M. Vincent de Lyon.

Malheureusement il ne donne pas ces observations en totalité ; il n'en résume que quelques unes. Parmi les 15 observations qu'il publie, il y a 4 récidives dont 2 opérées par le procédé Laroyenne. Une malade a 2 fois récidivé. Il ne dit pas s'il y a eu de mort mais il ajoute ceci : quelques unes de nos observations signalent la persistance de la suppuration et de fistules consécutives. Mais ces inconvénients ne sont relatés que chez des malades traités uniquement par le débridement de Laroyenne sans drainage pelvien et sans injection modificatrice.

M. Fuster dans sa thèse de Montpellier intitulée la Carliotomie vaginale, publie plusieurs observations puisées soit en France soit en Allemagne et ayant pour objet l'incision vaginale dans les suppurations pelviennes. Entre autres une qui a trait à une intervention pendant la grossesse. La malade qui était au service de Laroyenne accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Dans les 28 observations qu'il résume et dont 2 ont

été recueillies dans le service de M. Steiffeck de Berlin nous trouvons 25 guérisons complètes et persistantes, un cas de fistulisation vaginale, un résultat peu satisfaisant et une mort survenue à la suite d'une tentative de cure de la fistule intestinale.

En même temps, nous trouvons trois cas de grossesse post opératoire régulièrement évoluée. Parmi ces observations, deux ont été déjà publiées dans la thèse de M. Blanc, et une grande partie des autres par Goullioud. M. Tedenat, de Montpellier, communique dans la thèse de M. Fuster, qu'il a pratiqué l'incision vaginale 22 fois, en se conformant à la pratique de son maître, le professeur Laroyenne.

Il a obtenu :

Un cas de mort chez une femme présentant des phénomènes de péritonite aiguë.

Une fistule persistante.

Un cas qui a nécessité une opération ultérieure d'hystérectomie. L'incision avait donné lieu à l'évacuation d'une énorme quantité de pus (3 livres environ). La collection se reforma moins considérable, on fit une nouvelle ponction et comme les troubles persistaient, on pratiqua l'hystérectomie vaginale qui permit de découvrir plusieurs poches purulentes. Les autres cas aboutirent à une guérison complète et persistante.

Il y a eu trois cas de grossesse qui ont régulièrement évolué.

En somme nous voyons que le résultat de cette statistique restreinte est nettement favorable à l'incision du cul-de-sac vaginal et que les annexes servent encore, comme le prouvent les grossesses post-opératoires.



CONCLUSIONS

Nous avons pu recueillir en tout vingt observations dans le service de M. le Professeur Berger. Nous les publions toutes, nous publions en outre une due à l'obligeance de notre ami, M. le Docteur Noulis.

De ce nombre restreint mais inédit de cas, nous nous croyons autorisés à tirer les conclusions suivantes :

I. — L'incision du cul-de-sac postérieur est une opération très bénigne et par excellence conservatrice. Elle peut être exécutée non seulement dans le cas d'une collection purulente chronique du petit bassin, mais encore dans le cas où la malade se présente dans un état fébrile aigu, cas dans lequel il est imprudent, sinon dangereux, d'appliquer la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.

II. — Le procédé opératoire en est très simple, mais il y a lieu de se servir plutôt du bistouri que du trocart de Laroyenne, celui-ci pouvant amener avec une hémorrhagie grave la rupture d'un organe voisin.

III. - L'antisepsie vaginale peut être facilement obtenue.

nue pour ne pas compromettre le succès. Toutefois, nous croyons que le drainage du cul-de-sac de Douglas est nécessaire.

IV. — La blessure de l'artère utérine et des uretères peut être facilement évitée. Quant à l'hémostase, une petite éponge ou quelques pinces hémostatiques l'assureront.

V. — Le débridement vaginal donne une guérison définitive et complète dans les trois cas dont nous nous sommes occupés :

Pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, salpingo-ovarite.

Lorsque la collection purulente est à poche multiple, ce même traitement peut être insuffisant. Il est insuffisant aussi dans le cas d'une poche à paroi rigide, car cette paroi ne revient pas sur elle-même après l'évacuation du pus, il se forme une cavité large et suppurante qu'il est difficile de guérir.

VI. — L'incision vaginale doit être préférée à la laparotomie et à l'hystérectomie vaginale, toutes les fois qu'il s'agit d'une jeune femme dont on veut conserver les annexes. Il résulte de quelques-unes de nos observations que des patientes ayant subi l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur ont été depuis enceintes.

VII. — L'incision vaginale ne compromet nullement l'intervention ultérieure pour une autre opération plus radicale, si cette dernière est jugée nécessaire.

VIII. — Dans toutes nos observations nous n'avons rencontré qu'un cas de fistulisation, celui de l'observa-

tion 16. La malade est actuellement en traitement à la salle Lisfranc.

IX. — Les collections pelviennes en général nécessitent un traitement différent suivant leur siège, leur nombre, leur volume et leur nature. En faisant le diagnostic, on tâchera en même temps de tirer l'indication pour tel ou tel de ces traitements, mais elles ne sont point justiciables d'une seule et unique intervention opératoire.

X. — En résumé toute collection pelvienne suppurée, accessible par le cul-de-sac vaginal postérieur et n'ayant pas été modifiée par le traitement médical, est justiciable de l'incision de ce cul-de-sac, suivie d'un drainage complet et d'un repos d'au moins six semaines.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Le Président de la Thèse,
P. BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité de gynécologie 1834.

Byfort. — Causes et traitement de l'hématocèle (Amer. Journ. of. obst. novembre 1886).

Blanc. — De l'inflammation périutérine chronique avec épanche-etc. (Thèse de Lyon 1887).

Broca. — Salpingite et abcès pelviens chez la femme. (Gaz. heb. 29 juin 1898).

Baummgartner. — Die Operation der parametrischen Abcesse. (Berlin Klin. Woch. 34. 26 août 1831).

Bouilly. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes. (Bull. Soc. Chir. juillet 1830).

— Des indications et de la valeur de l'incision vaginale. (Congrès Ar. chir. 1895).

Boisieux. — De l'Elythrotomie interligamentaire. (Mém. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris 14 avril 1892).

— Pelvi-péritonite aiguë et chr. et son traitement. (Cong. Fév. chir. 1834).

Bétriæ. — Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire. (Congrès de Rome 1834. An. Gyn. 1834).

Bounardière. — (La) Traitement des affections pelv. par l'Elytrot-post. Ann. Gyn. 1896. XL. 126.

Bonnet. — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et leur traitement par la voie vaginale. Thèse de Lyon 1894.

Connescasse. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus.

Delbet. — Suppurations pelviennes chez la femme. 1891

Degen. — Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. (Arch. prov. de chir. 1892).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. t. VIII.

Fritch. — Traitement des abcès pelviens. (Congrès de la Soc. allemande gyn. 1851. anal. gyn 1851).

Goulfoud. — Débridement vaginal des collections de la péri-métrite chronique. (Congrès Fr. des chir. 1889).

— Débridement vaginal des collections pelviennes. (Archives de Toc. 1891).

— Salpingotomie vaginale, extirpation vaginale et unilatérale de petits pyo-salpinx. (Lyon med. 5 et 16, 1896).

— Cas de grossesses chez les opérées pour salpingo-ovarites (Congrès Fr. des chir. 1894).

Fuster. — De l'élytrotomie postérieure. (Thèse de Montpellier. 1857).

Bourdon. — Rennes-Médical, 1841.

Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, 1885. (Traduction française).

Jullien. — De l'intervention dans certains cas de suppuration pelviennes. (Arch. Tocol. 1852).

Laroyenne. — De la périmétrite compliquée d'un épanche-

ment latent de nature purulente, séreuse ou hématique. (Lyon-Méd., février 1886).

— Traitement des collections purulentes (Bull. de la Soc. de chir. 1850).

Landan. — Diagnostic et Traitement des col. tubaires (Congrès de Berlin, 1850, an. gyn. sept. 1550).

— Ueber Tubensantre (Arch. für gyn. XL. 1 ; Centralbl. für gyn. 1872).

— Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken. (Berlin Klin. Woch. 15 sept. 1852).

— Des abcès pelv. compliqués. (Congrès de Rome, 1854 ; An. gyn. 1854).

Lawson. — Trait. ou pelvic. hématocele. (The Lancet, 30 oct. 1886).

Le Bec. — Traitement des suppuration pelvienne. France Médicale, 8 déc. 1853).

Le Dentu. — Traitement des affections inflammatoires, des annexes de l'utérus (Gaz. des hôpitaux, 27 févr. 1852).

Macquart-Moulin. — Les méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. Thèse de Paris. 1892.

Munde. — The treatment of pelvis abcess in worner by incision and drainage (Amer. ; of Obst. XIX, 1883).

Pichevin. — Elytrotomie et cœliotomie vaginale (Sem. Méd. 11 août 1895).

Péan. — Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes (Bull. de l'Acad. de Méd. 8 juillet 1890).

Pozzi. — De la laparotomie sous-péritonéale (Bull. Soc. de Chir. 13 avril 1886).

— Traité de Gynécologie, 1890.

Reclus. — Pelvi-péritonite aiguë et son traitement. Congrès Fr. de Chir. 1891.

— Pelvi-péritonite (Sem. Méd. 15 juillet 1891).

Rodriguez. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématoécèles pelviennes (Thèse de Paris, 1895).

Rouffart. — Traitement des abcès pelviens (Arc. Soc. belge chir. 15 juin 1893).

Routier. — Traitement des suppurations pelviennes et des lésions bilatér. des annexes (Congr. Fr. chir. 1892).

Schrøeder. — Maladies des Femmes, 1885.

Second. — Suppurations pelviennes (Congr. Bruxelles, 1892).

Terillon. — Trait. chir. des supp. pelv. chez la femme (S. Méd. 4 août 1886).

Wiedow. — Traitement des abcès pelviens (Berlin. Klin. Woch. 15 juillet 1889).

